

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-524864

ND: 33433

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : AUN9	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Houssain LATSEN			
Date de naissance : 15/06/1952			
Adresse : 705 Hajd Jilali des Lauriers			
Tél. : 0661176147 Total des frais engagés : 2598,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Professeur Hicham EL OUMANI NEUROLOGIE - EEG / EMG Clinique Errada Ouasis 06 62 17 33 11	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	15/06/2022
Nom et prénom du malade :	Houssain LATSEN
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Alzheimer
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles:

Fait à : **06/07/2022** Le : **15/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DE M. HASSIB EL OTMANI			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
15/01/20	CP	300,1	INP : 0667173311 INP : 0910323311

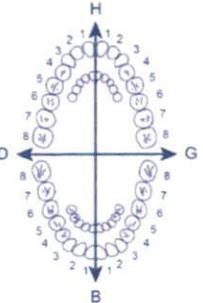
EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien Signature du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
DR. YOUSSEF SOULAIMAN Bordeaux Jardins de GAILLARD 05 22 21 88 94	15.6.20	22 98,00	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham EL OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evocés : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

Casablanca, le

15-06-2020

الدارالبيضاء، في

مصحة جراده الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدارالبيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثاررة

M⁺ HOUDEIR
Latisen

~~766,00 x 3
2298,00 Aricept~~ 10,00
1 — 0 — 0



Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGIE EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
IMB : 06 67 17 33 99

3 mois.

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés "Les Jardins de California 2"
Bd. de Fes Imm. 1 California 2
Casa. Tel: 05.22.21.98.94

Clinique Jerrada OASIS, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

Gsm : 06 67 17 33 11 - E-mail : hichamotmani@hotmail.com

Lot n°:

Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Lot n°:

Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Lot n°:

Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 15-06-2020

Facture N° 07291/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20F15123859

N° Identifiant : 004727/19

Nom & Prénom : M. HOUDEIR LAHSEN

C.I.N : ER

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-06-2020

Date Sortie : 15-06-2020

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
TOTAL RUBRIQUE :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Professeur Hicham EL OTMANI
 NEUROLOGUE - EEG / EMG
 Clinique Jerrada Ouasis
 06 67 17 33 11
 INP : 091032391

CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT : M. HOUDEIR
LAHSEN**

**DATE DE NAISSANCE : 01/01/1946
CJO20F15123859**



Reçu N°: 45907

Paiement du 15/06/2020 12h40

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

**Imprimé par : BENYAHYA Hind Le 15/06/2020
12h40**